

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



**Novos critérios de diagnóstico em Disfunção
Temporomandibular - DC/TMD**

João Pedro Rodrigues

Mestrado Integrado

2012

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



**Novos critérios de diagnóstico em Disfunção
Temporomandibular - DC/TMD**

João Pedro Rodrigues

Dissertação Orientada pela Dra. Inês Jorge

Mestrado Integrado

2012

Agradecimentos

À Dra. Inês Jorge, orientadora desta tese, pelo seu permanente interesse e apoio. Pelo seu contributo para este trabalho e por todo o conhecimento e rigor que transmitiu enquanto docente, o meu mais sincero agradecimento.

Ao Professor Henrique Luís a quem agradeço todos os esclarecimentos que me prestou na elaboração desta tese, bem como por toda a disponibilidade e simpatia que demonstrou.

Aos meus colegas de ano, em especial à Ana, Ricardos, Miguel, Marta, Adriana e Inês pelos bons momentos passados em conjunto, bem como pelas horas de trabalho vividas e ultrapassadas.

Aos meus amigos de Santarém e de Monte Fidalgo por todos estes anos de amizade cheios de aventuras e momentos bem passados.

À minha namorada, Vanessa, por todo o apoio, carinho e paciência ao longo deste nosso percurso.

À minha família, por todo o esforço e dedicação, e a quem no fundo devo tudo aquilo que sou e que alguma vez serei.

Aos meus avós, Manuel e Isabel, pois sempre foram e sempre hão-de ser a grande referência da minha vida.

Resumo

Objectivo: Este trabalho tem como objectivo descrever o protocolo de diagnóstico em disfunção temporomandibular DC/TMD.

Materiais e Métodos: Foi efectuada uma pesquisa no motor de busca Google e na base de dados Pubmed, bem como no site do *International RDC/TMD Consortium Network*. A pesquisa estende-se desde 1992 até 2012, incluindo apenas em artigos em inglês.

Resultados: O DC/TMD é um protocolo que surge da necessidade de revisão do RDC/TMD, que tem sido o protocolo de referência em disfunção temporomandibular até à data. O eixo I do *Diagnostic Criteria For Temporomandibular Disorders (DC/TMD)* inclui critérios válidos para DTM mais comum associada a dor e disfunção articular. O protocolo do eixo II encontra-se simplificado e com instrumentos de avaliação adicionais quando indicado.

Conclusão: O DC/TMD representa um passo significativo face ao RDC/TMD, e permite uma avaliação exaustiva do paciente com DTM baseada no modelo biopsicossocial da dor, sendo apropriado para implementação na prática clínica e em investigação.

Palavras-chave: “DC/TMD”, “RDC/TMD”, “Diagnostic Criteria”, “Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders”, “Validation Project”

Abstract

Objectives: This paperwork has the objective of describing the temporomandibular diagnostic protocol DC/TMD.

Materials and Methods: A research was made in the search engine Google and the Pubmed database, as well as the website of the International RDC/TMD Consortium Network. The research ranges from 1992 to 2012, including only articles in English.

Results: The DC/TMD is a protocol which comes from the necessity of revision of the RDC/TMD, which has been the reference protocol in the diagnosis of temporomandibular disorders. The DC/TMD axis I provides valid criteria for the most common pain related TMD and articular disorders. The axis II protocol is simplified with added assessment instruments when indicated.

Conclusion: The DC/TMD represents a significative step forward from the RDC/TMD and provides a comprehensive assessment of the TMD patient based on the biopsicossocial model of pain, and is appropriate for both clinical and research use.

Keywords: “DC/TMD”, “RDC/TMD”, “*Diagnostic Criteria*”, “*Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*”, “*Validation Project*”.

Lista de significados

Validade	Capacidade de um teste dar respostas certas. Implica o conhecimento das suas componentes: sensibilidade e especificidade.
Sensibilidade	Mede a quantidade de positivos que são correctamente avaliados como tal (ex: percentagem de pessoas que padece de determinada doença que são correctamente diagnosticadas como tal).
Especificidade	Mede a quantidade de negativos que são correctamente avaliados como tal (ex: percentagem de pessoas saudáveis que são correctamente diagnosticadas como não tendo a doença).
Fiabilidade	É a reprodutibilidade de uma medida. Uma medida tem elevada fiabilidade se produzir resultados de forma consistente sob as mesmas condições.

(Mello, 1993)

Índice Geral

1. Resumo.....	iii
2. Abstract.....	iv
3. Introdução.....	1
4.1. RDC/TMD.....	2
4.1.1. Eixo I.....	3
4.1.2. Eixo II.....	6
4.2. Avaliação do RDC/TMD.....	7
4.2.1. RDC/TMD Validation Project I.....	10
4.2.2. RDC/TMD Validation Project II.....	10
4.2.3. RDC/TMD Validation Project III.....	11
4.2.4. RDC/TMD Validation Project IV.....	11
4.2.5. RDC/TMD Validation Project V.....	12
4.2.6. RDC/TMD Validation Project VI.....	12
4.3. DC/TMD.....	13
4.3.1. Eixo I.....	13
4.3.1.1. Diagnóstico de DTM associada a dor.....	14
4.3.1.2. Deslocamento de disco e doença articular degenerativa da ATM.....	15
4.3.1.3. Cefaleias associadas a DTM.....	19
4.3.2. Eixo II.....	20
5. Discussão.....	22
6. Conclusão.....	26
7. Bibliografia.....	27
8. Anexos.....	31

Introdução

A disfunção temporo-mandibular (DTM) é um problema de saúde pública que afecta aproximadamente 5 a 12% da população (Ohrbach *et al*, 2011). É a segunda condição músculo-esquelética mais frequente a causar dor e incapacidade, tendo portanto um grande impacto na qualidade de vida das pessoas que sofrem desta condição.

Os pacientes que sofrem de DTM frequentemente procuram a ajuda do médico dentista na resolução da sua condição principalmente quando esta se encontra associada a dor. Desta forma, critérios de diagnóstico que permitam um diagnóstico de forma simples e eficaz são fundamentais no tratamento da disfunção temporo-mandibular.

O *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) é o protocolo de diagnóstico mais usado no âmbito da disfunção temporomandibular desde a sua publicação em 1992 (Dworkin *et al*, 1992). Este baseia-se num modelo biopsicossocial que inclui um Eixo I para avaliação física, através de critérios de diagnóstico fiáveis, e um Eixo II para avaliação da componente psicológica da dor. O objectivo era então o de fazer um diagnóstico físico enquanto se identificavam outras características do paciente que pudessem influenciar a forma como a sua condição se manifestava e consequentemente o seu tratamento. No entanto, o propósito do RDC/TMD era apenas o de ser um primeiro passo na classificação da DTM, sendo que os autores afirmaram a necessidade de comprovar a precisão, a fiabilidade e validade dos critérios do Eixo I.

Surge assim o *Diagnostic Criteria for the Temporomandibular Disorders* (DC/TMD). Este consiste num conjunto de critérios para o diagnóstico de DTM que possam ser usados por clínicos e investigadores de igual forma e consequentemente facilitar a interacção entre estas duas vertentes da prática médica e os resultados que daí advêm.

Este trabalho propõe-se assim a apresentar os novos critérios de diagnóstico em DTM do DC/TMD, bem como informação actualmente disponível na literatura relacionada com este tema.

4.1 RDC/TMD

Antes da publicação do RDC/TMD em 1992 o obstáculo crítico na compreensão da disfunção temporomandibular (DTM) era a falta de critérios de diagnóstico uniformizados para a definição clínica de subtipos de DTM. Foram assim criados um conjunto de critérios de diagnóstico para DTM, designados RDC/TMD, que permitem a uniformização e a replicação no contexto de investigação nas mais comuns formas de DTM relacionadas com músculos e articulações (Dworkin *et al*, 1992).

Este projecto foca-se nas mais comuns formas de DTM relacionadas com músculos e a articulação temporomandibular (ATM), excluindo deliberadamente condições que ocorram pouco frequentemente e para as quais existam ainda menos consenso na fiabilidade e validade dos métodos para identificar e definir casos (Dworkin *et al*, 1992). Mesmo para as formas mais comuns de DTM verificou-se que algum desacordo nos critérios de diagnóstico pode alterar a classificação de DTM atribuída a um número significativo de indivíduos (LeResche *et al*, 1991).

Algumas das condições menos comuns que foram excluídas incluem anquilose, aplasia ou hiperplasia, contractura ou hipertrofia, neoplasmas, etc. Da mesma forma, devido a recursos limitados, não foi possível avaliar métodos de examinação, procedimentos e questionários uniformizados originalmente desenvolvidos para adultos devido à sua possível generalização para crianças e adolescentes (Dworkin *et al*, 1992).

Desta forma, o RDC/TMD consiste em:

Um esforço interdisciplinar – Representa o esforço de uma equipa de investigadores reconhecidos cujas áreas de interesse e especialidade vão desde as ciências biológicas básicas à da prática clínica dentária e ciências biocomportamentais.

Definição operacional de termos – Consiste em termos que maximizem a reprodutibilidade entre investigadores, facilitando assim a sua adopção no contexto de investigação e permitindo a comparação de resultados entre investigadores através do uso de conjunto de critérios comuns.

Uso de dados epidemiológicos – Dados epidemiológicos válidos foram usados para conduzir a selecção dos critérios que constituem o RDC/TMD.

Especificidades de métodos de exame – Especificações detalhadas de exame são disponibilizadas de forma a permitir que os dados clínicos associados com cada critério do RDC/TMD possam ser recolhidos através métodos de exame e entrevista uniformizados.

Fiabilidade da medição – A fiabilidade dos métodos clínicos e medições foi estabelecida e serviu como base para a selecção de métodos clínicos de medição específicos.

Sistema de dois eixos – Este sistema permite o diagnóstico físico, através de um dos eixos, para que seja coordenado com a avaliação de stress psicológico e disfunção psicossocial associada com dor crónica temporomandibular e incapacidade orofacial, através de um segundo eixo.

4.1.1 Eixo I

O sistema de diagnóstico proposto no eixo I do RDC/TMD permite a possibilidade de múltiplos diagnósticos num mesmo indivíduo. Os diagnósticos são divididos em três grupos:

I. Disfunção muscular

- Dor miofascial
- Dor miofascial com limitação de abertura

II. Deslocamento do disco

- Deslocamento do disco com redução
- Deslocamento do disco sem redução, com limitação de abertura
- Deslocamento do disco sem redução, sem limitação de abertura

III. Artralgia, Artrite, Artrose

- Artralgia
- Osteoartrite da ATM
- Osteoartrose da ATM

O quadro seguinte apresenta o protocolo do eixo I do RDC/TMD. Cada diagnóstico dentro de cada grupo é mutuamente exclusivo, o que significa que um indivíduo pode ter desde nenhum diagnóstico atribuído até seis (um em cada grupo para cada uma das ATM's) (Dworkin *et al*, 1992).

Grupo I – Disfunção Muscular	
Ia – Dor miofascial	Queixa dolorosa na região da mandíbula/face em repouso ou função e dor à palpação dos músculos da mastigação/das ATMs; pelo menos um ponto doloroso tem de ser indicado no local da dor descrita.
Ib – Dor miofascial com limitação da abertura	Dor miofascial como descrita em Ia e abertura activa da boca sem dor abaixo de 40 mm e abertura passiva pelo menos 5 mm maior que a abertura activa.
Grupo II – Deslocamentos do disco	
IIa – Deslocamento do disco com redução	“Clique” recíproco da ATM durante pelo menos 2 de 3 movimentos de abertura consecutivos ou “clique” da ATM durante pelo menos 2 de 3 movimentos de abertura ou encerramento e movimentos excursivos.
IIb – Deslocamento do disco sem redução e com limitação da abertura	Restrição súbita da abertura da boca descrita na história; e abertura máxima activa de 35 mm; e abertura passiva da boca de até 4 mm maior que a activa; e movimento contralateral excursivo de até 7 mm e/ou deflexão para o mesmo lado; e sem sons articulares ou presença de sons articulares que se encaixem nos critérios de IIa.

IIC – Deslocamento do disco sem redução e sem limitação da abertura	Restrição súbita da abertura da boca descrita na história; e máxima abertura activa de mais de 35 mm; e abertura passiva da boca de até 5 mm maior que a activa; e movimento contralateral excursivo de mais de 7 mm; e sem sons articulares ou presença de sons articulares que não se encaixem nos critérios de IIa.
Grupo III – Artralgia, Artrite, Artrose	
Artralgia	Dor à palpação do pólo lateral do côndilo e/ou da inserção posterior de um ou ambos os lados da ATM e um ou mais dos seguintes: dor na região das ATMs; dor durante abertura máxima activa; dor durante abertura máxima passiva; dor nas ATMs durante movimentos excursivos. Sem sons de fricção nas ATMs.
Artrite	Critérios de artralgia e sons de fricção na ATM ou os seguintes achados em exames imagiológicos: erosões nas estruturas corticais; esclerose do côndilo e na região do tubérculo articular; achatamento das superfícies articulares; formação de osteófitos.
Artrose	Ausência de todos os critérios de uma artralgia e sons de fricção ou os seguintes achados em exames imagiológicos: erosões nas estruturas corticais; esclerose do côndilo e na região do tubérculo articular; achatamento das superfícies articulares; formação de osteófitos.

4.1.2 Eixo II

Os diagnósticos clínicos definidos pelo eixo I aplicam critérios através da identificação de alterações estruturais e funcionais dos músculos da mastigação e/ou das ATM's. A experiência clínica e investigação de uma variedade de condições associadas

a dor crónica, incluindo DTM, sugerem que não existe obrigatoriamente uma correspondência directa entre a severidade de uma condição associada a dor crónica e a extensão da alteração fisiopatológica descrita pelo diagnóstico clínico (Turk *et al*, 1987; Osterweis *et al*, 1987). Por este motivo, o RDC/TMD aplica o eixo II para determinar e classificar a severidade da condição dolorosa no que diz respeito a:

1. Intensidade da dor
2. Incapacidade derivada da dor
3. Depressão
4. Sintomas físicos não específicos

Desta forma, o eixo II do RDC/TMD consiste nos seguintes métodos, nomeadamente:

1. Um questionário de sete tópicos para classificar a severidade da dor crónica.
2. Subescalas da *Symptom Checklist 90 Revised* (SCL-90-R) para depressão, sintomas vegetativos e somatização.
3. Uma lista para incapacidade mandibular baseada em itens utilizados frequentemente na investigação em DTM.

O que se traduz na seguinte classificação:

Intensidade da dor e incapacidade

Grau 0 – Sem dor associada a DTM nos 6 meses prévios

Grau I – Baixa incapacidade / Dor de baixa intensidade

Grau II – Baixa incapacidade / Dor de alta intensidade

Grau III – Alta incapacidade / Moderadamente limitante

Grau IV – Alta incapacidade / Severamente limitante

Depressão (SCL-90-R)

- Normal
- Moderada (acima do percentil 70)
- Severa (acima do percentil 90)

Limitações relacionadas com o funcionamento mandibular

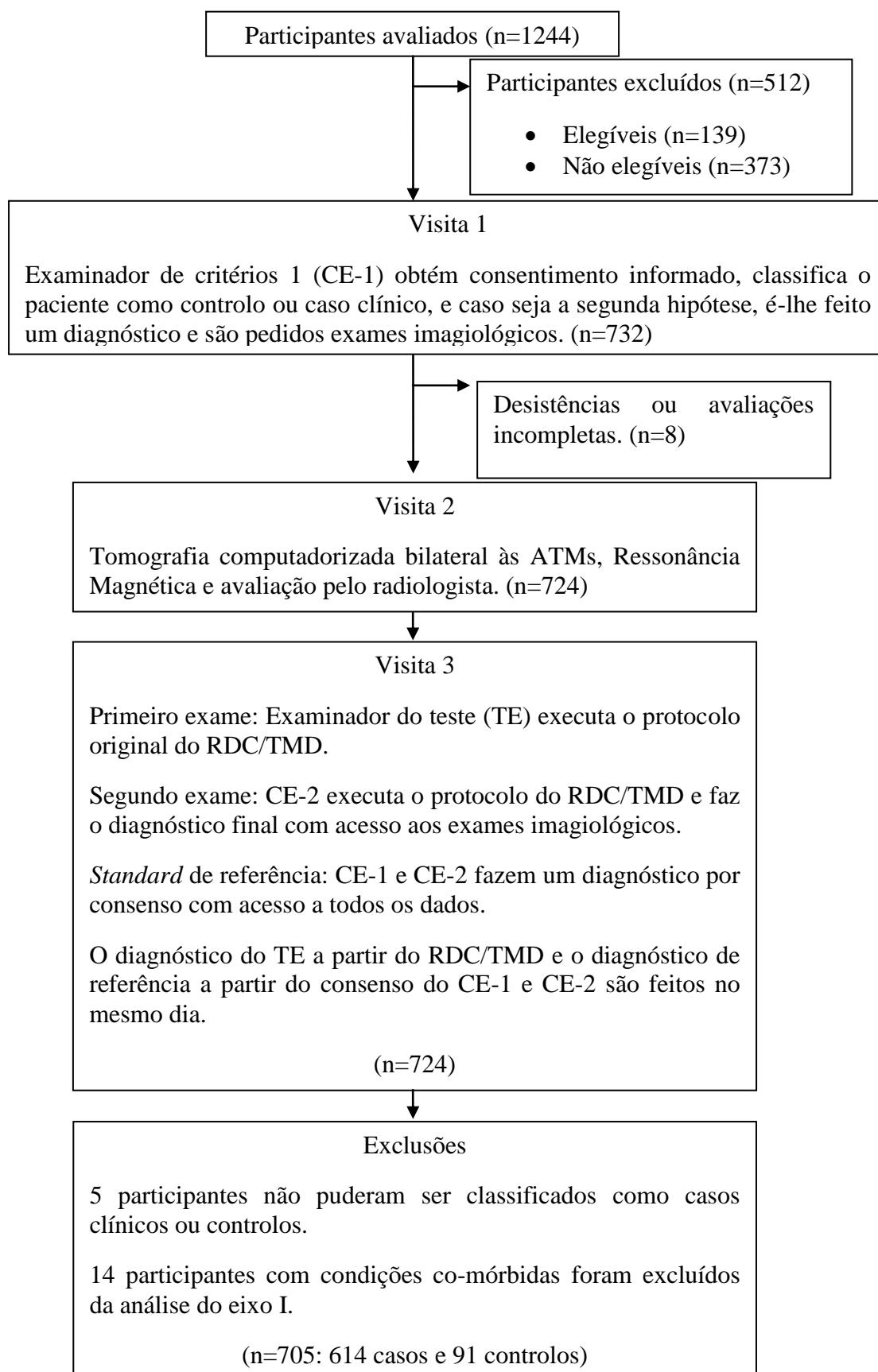
- Sem classificação proposta

4.2 Avaliação do RDC/TMD

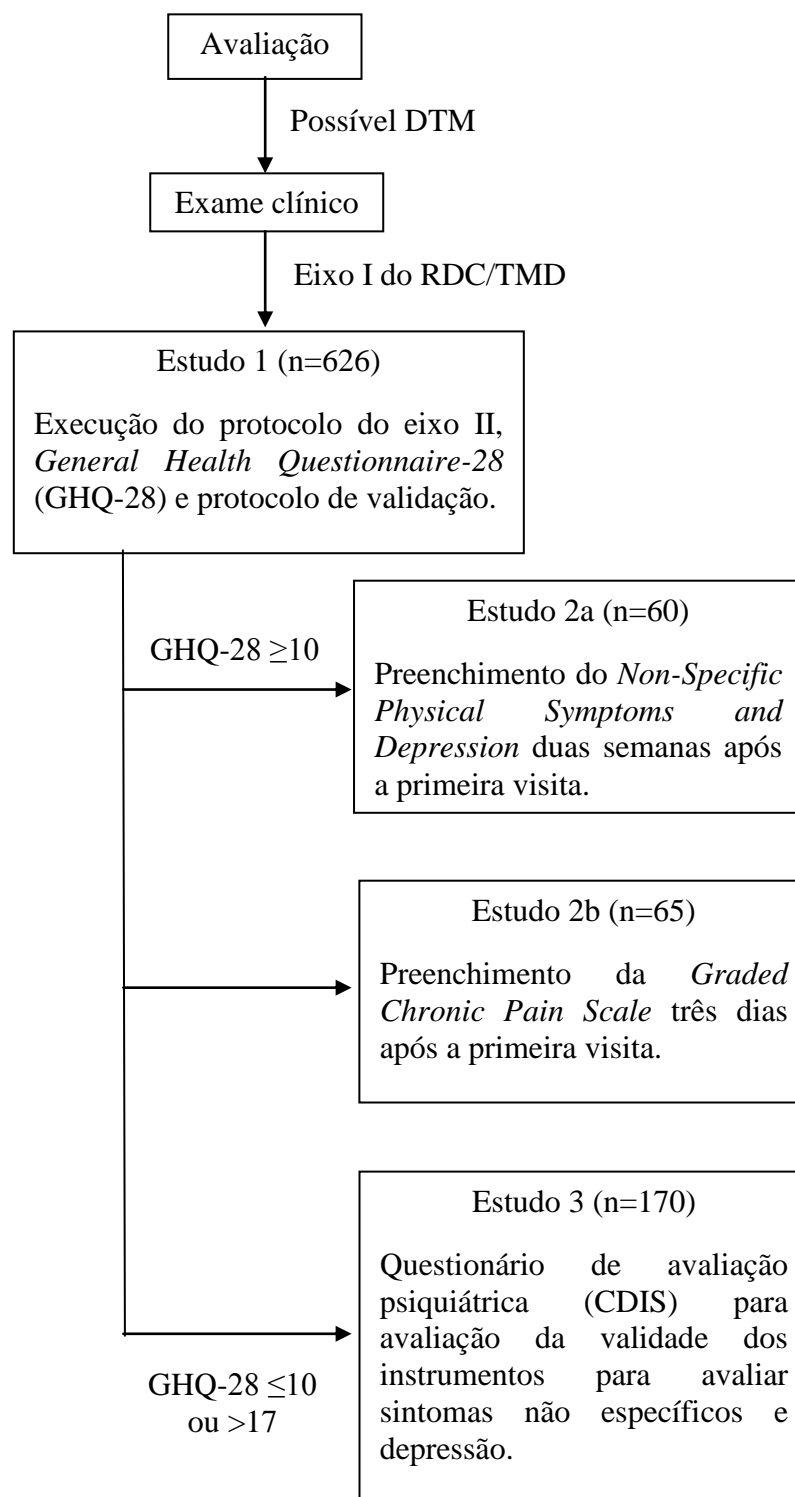
Assim que foi publicado o RDC/TMD os autores afirmaram que este seria apenas um primeiro passo na classificação da DTM, e consequentemente teriam que ser verificadas a sua fiabilidade e validade. Assim, após diversas publicações sugerirem que o RDC/TMD necessitava de melhorias surge o *RDC/TMD Validation Project* que consiste em seis artigos e tinha como objectivos avaliar a fiabilidade e validade do RDC/TMD bem como propor eventuais alterações à sua classificação que melhorem a sua fiabilidade e validade como sistema taxonómico (Schiffman *et al*, 2010).

Este projecto resultou num conjunto de dados obtidos através de 705 participantes que foram classificados, com base em diagnósticos standard de referência, em 614 casos de DTM e 91 controlos (Schiffman *et al*, 2010). Os protocolos através dos quais foi avaliado o RDC/TMD encontram-se descritos seguidamente.

Fluxograma para os participantes que avaliaram a validade dos diagnósticos clínicos do eixo I do RDC/TMD (Schiffman *et al*, 2010):



Fluxograma para os indivíduos que entraram nos três estudos para avaliar a validade e fiabilidade do eixo II do RDC/TMD (Ohrbach *et al*, 2010):



4.2.1 RDC/TMD Validation Project I (Schiffman *et al*, 2010)

Este primeiro artigo tinha como objectivo descrever os métodos utilizados para estabelecer padrões de referência para avaliar a validade dos critérios usados nos diagnósticos do eixo I do RDC/TMD.

Verificou-se que o acordo no diagnóstico dos examinadores dos critérios entre si e com os padrões de referência foi excelente ($k \geq 0,81$), excepto para a osteoartrose (acordo moderado, $k=0,53$). O consenso intra-indivíduo do examinador de critérios com os *standards* de referência foi excelente ($k \geq 0,95$). A fiabilidade inter-indivíduo dos radiologistas ao detectarem osteoartrose através de tomográfica computadorizada e deslocamento de disco através de ressonância magnética foi boa a excelente ($k=0,71$ e $k=0,84$ respectivamente).

Concluiu-se assim que a população do estudo era adequada avaliar a validade e fiabilidade dos eixos I e II do RDC/TMD, bem como os padrões de referência usados para avaliar a validade do eixo I do RDC/TMD são baseados métodos fiáveis e clinicamente credíveis.

4.2.2 RDC/TMD Validation Project II (Look *et al*, 2010)

O segundo artigo deste projecto tinha como objectivo avaliar a fiabilidade inter-examinador do RDC/TMD.

Verificou-se que a fiabilidade do RDC/TMD era excelente ($K > 0,75$) quando os diagnósticos de dor miofascial (Ia ou Ib) eram agrupados. Foi observada uma boa fiabilidade para diagnósticos distintos de dor miofascial, Ia ($k=0,62$) e Ib ($k=0,58$), deslocamento do disco com redução ($k=0,63$), deslocamento do disco sem redução com limitação da abertura ($k=0,62$), artralgia ($k=0,55$) e quando dor articular (IIIa ou IIIb) era agrupada ($k=0,59$). A fiabilidade de diagnósticos menos comuns como deslocamento do disco sem redução sem limitação da abertura e osteoartrose (IIIb e IIIc) é fraca a razoável ($k=0,31 - 0,43$).

4.2.3 RDC/TMD Validation Project III (Truelove *et al*, 2010)

O objectivo deste artigo era o de avaliar a validade dos critérios de diagnóstico do eixo I do RDC/TMD, tendo sido determinados *a priori* os valores alvo de $\geq 0,70$ e $\geq 0,95$ para sensibilidade e especificidade respectivamente.

Verificou-se que os valores alvo para a sensibilidade e especificidade não se verificaram para nenhum dos diagnósticos em causa. O valor de validade mais elevado verificou-se para o grupo Ia Dor miofascial (sensibilidade 0,65; especificidade 0,92) e grupo Ib Dor miofascial com limitação da abertura (sensibilidade 0,79; especificidade 0,92). Os valores alvo apenas se atingiram quando ambos os diagnósticos do Grupo I foram combinados (0,87 e 0,98 respectivamente). Para os grupos II (deslocamentos de disco) e III (artralgia, artrite, artrose) todos os valores se encontraram abaixo do valor alvo na sensibilidade (0,03 a 0,53) e abaixo a dentro do valor alvo na especificidade (0,86 a 0,99).

4.2.4 RDC/TMD Validation Project IV (Ohrbach *et al*, 2010)

O quarto artigo deste projecto tem como objectivo avaliar as propriedades psicométricas do eixo II do RDC/TMD.

Participantes aos quais já tinha sido atribuído um diagnóstico através do eixo I do RDC/TMD completaram os instrumentos do eixo II do RDC/TMD e outros instrumentos de forma avaliar stress psicológico, dor e incapacidade. Foram avaliadas a consistência interna, estabilidade temporal e validade do eixo II.

Concluiu-se que o eixo II tem propriedades psicométricas clinicamente aceitáveis e relevantes com validade, fiabilidade e utilidade como instrumentos para identificar pacientes com DTM e altos níveis de stress, dor e incapacidade que interfiram com a resposta ao tratamento e curso de condições do eixo I.

4.2.5 RDC/TMD Validation Project V (Schiffman et al, 2010)

Este artigo teve como objectivo obter critérios de diagnóstico revistos para o eixo I do RDC/TMD.

O conjunto de dados obtido a partir dos 614 casos clínicos e 91 controlos serviu para a elaboração destes novos critérios, tendo-se estabelecido como valores alvo sensibilidade $\geq 0,70$ e especificidade $\geq 0,95$.

A sensibilidade e especificidade dos algoritmos revistos para dor miofascial (0,82; 0,99 respectivamente) e para dor miofascial com limitação da abertura (0,93; 0,97). Combinando os diagnósticos para qualquer dor miofascial demonstrou sensibilidade de 0,91 e especificidade de 1,00. Para dor articular atingiram-se os valores alvo de sensibilidade e especificidade (0,92; 0,96) quando artralgia e osteoartrite foram combinadas em “qualquer dor articular”. Deslocamento do disco sem redução com limitação da abertura demonstrou atingir os valores alvo de sensibilidade e especificidade (0,80; 0,97). Para os outros diagnósticos de deslocamento do disco, osteoartrite e osteoartrose, a sensibilidade encontrou-se abaixo do valor alvo (0,35 a 0,53) e a especificidade ia de 0,80 ao valor alvo. O valor da fiabilidade do diagnóstico do algoritmo revisto foi $k \geq 0,63$.

Concluiu-se assim que os algoritmos revistos do eixo I são recomendados para a dor miofascial e dor articular como fiáveis e válidos. No entanto, os critérios revistos por si só, sem recurso a exames auxiliares imagiológicos, são inadequados para um diagnóstico válido de dois dos três tipos de deslocamento de disco bem como osteoartrite e osteoartrose.

4.2.6 RDC/TMD Validation Project VI (Anderson et al, 2010)

Este último artigo do RDC/TMD *Validation Project* foi elaborado com o propósito de apresentar novas recomendações para a contínua evolução do RDC/TMD. Estas recomendações incluíam preocupações com o diagnóstico diferencial de dor orofacial e alterações na nomenclatura de forma a se obter uma consistência melhorada com outros sistemas de diagnóstico musculoesquelético. Para além disto, a expansão do RDC/TMD de forma a incluir condições de DTM menos frequentes torná-lo-ia mais

exaustivo e clinicamente útil. Sugeriu-se também que os valores alvo de sensibilidade e especificidade ($\geq 0,70$ e $\geq 0,95$ respectivamente) deveriam ser reconsiderados de forma a reflectir as evoluções nesta área desde 1992.

Relativamente ao eixo II, as recomendações para todas as condições de dor crónica incluem instrumentos padronizados e expansão dos domínios avaliados. Para além disto, existe a necessidade de melhorar a eficiência clínica dos instrumentos do eixo II e explorar métodos que melhor integrem ambos os eixos no contexto clínico.

Neste sentido foi recomendado um simpósio internacional de forma a elaborar futuras direcções para o RDC/TMD.

4.3 DC/TMD

Os resultados obtidos do RDC/TMD *Validation Project* em conjunto com vários workshops organizados levaram ao surgimento do DC/TMD, tendo como intuito de ter uma implementação clínica e em investigação imediatas. (Ohrbach *et al*, 2010).

Desta forma, foi estabelecido que os níveis de sensibilidade e especificidade aceitáveis para um diagnóstico definitivo seriam sensibilidade $\geq 0,70$ e especificidade $\geq 0,95$ (Dworkin *et al* 1992), sendo que critérios de diagnósticos com valores abaixo destes apenas seriam utilizados quando não houvesse alternativa. Relativamente às condições de DTM menos comuns, dado que não existem critérios suportados empiricamente, a actual revisão da *American Association of Orofacial Pain* (AAOP) será a recomendada até que a sua precisão possa ser averiguada de forma mais rigorosa.

4.3.1 Eixo I

Os critérios que irão ser apresentados em seguida representam o algoritmo do eixo I do DC/TMD. Os valores de sensibilidade e especificidade determinados como aceitáveis para um diagnóstico definitivo foram determinados como $\geq 0,70$ e $\geq 0,95$ respectivamente. Os critérios com valores de sensibilidade e especificidade abaixo do valor de referência foram apenas usados quando não havia alternativa viável.

Em seguida segue o esquema do eixo I do DC/TMD (Ohrbach *et al*, 2011):

I. Disfunção muscular

- Dor miofascial
- Dor miofascial referida

II. Disfunção articular

- Artralgia
- Deslocamento do disco com redução
- Deslocamento do disco com redução com travamento intermitente
- Deslocamento do disco sem redução com limitação da abertura
- Deslocamento do disco sem redução sem limitação da abertura
- Doença articular degenerativa
- *Open-lock*

III. Cefaleia

- Cefaleia atribuída a DTM

4.3.1.1 Diagnóstico de DTM muscular

Os algoritmos de diagnóstico para estas condições incluem agora critérios para dor alterada pela função, movimento ou parafunção. Para a dor miofascial, os testes incluem dor com movimentos mandibulares e palpação do temporal e masséter. A dor resultante destes estímulos deve replicar a queixa dolorosa do paciente.

A sub-condição de dor miofascial com limitação na abertura descrita no RDC/TMD foi eliminada, e a dor miofascial referida é incluída como uma nova condição.

Grupo I: Disfunção Muscular		
Patologia	História	Exame
Dor Miofascial <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 0,84 • Especificidade 0,95 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor regional nos últimos 30 dias • Dor modificada pelo movimento mandibular, função ou parafunção 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmação de área anatómica dolorosa • Dor familiar através da palpação dos músculos da mastigação ou da abertura mandibular
Dor Miofascial referida <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 0,85 • Especificidade 0,98 	<ul style="list-style-type: none"> • Igual a Dor Miofascial 	<ul style="list-style-type: none"> • Igual a dor mandibular • Dor referida através de teste de indução

(Ohrbach *et al*, 2011)

4.3.1.2 Diagnóstico de disfunção articular

Na avaliação de deslocamento do disco com redução, deslocamento do disco sem redução e sem limitação de abertura e doença articular degenerativa verificou-se

haver uma baixa sensibilidade, mas boa a excelente especificidade. Desta forma, em alguns casos, na confirmação de um diagnóstico provisório poderá ser necessário recorrer a meios imagiológicos. Por outro lado, os procedimentos clínicos para avaliar deslocamento do disco sem redução com limitação da abertura têm sensibilidade e especificidade aceitáveis, sendo que a avaliação clínica poderá ser suficiente para o diagnóstico inicial.

Sons articulares referidos através da história clínica são um critério para as disfunções de deslocamento do disco com redução e doença articular degenerativa. Para o deslocamento do disco com redução, a detecção por parte do examinador de cliques ou estalidos durante o exame clínico são um requerimento. Na doença articular degenerativa, a detecção de crepitação quer pelo clínico quer pelo paciente com esclarecimento por parte do clínico relativamente ao tipo de som durante o exame é requerida. A inclusão deste último critério melhorou a sensibilidade para este diagnóstico em 20% a 49%. Para o deslocamento do disco sem redução, uma abertura assistida inferior a 40 mm classifica-se como “com limitação da abertura”, enquanto caso seja igual ou superior a 40 mm classifica-se como “sem limitação da abertura”.

O deslocamento do disco com redução com travamento intermitente e “open-lock” da ATM são incluídos como novas condições.

Os termos osteoartrite e osteoartrose são substituídos por doença articular degenerativa.

Grupo II: Disfunção Articular		
Patologia	História	Exame
Artralgia <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 0,91 • Especificidade 0,96 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor regional nos últimos 30 dias • Dor modificada pelo movimento mandibular, função 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmação de área anatómica dolorosa • Dor familiar através da

	ou parafunção	palpação dos músculos da mastigação ou da abertura mandibular
Deslocamento do disco com redução <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 0,33 • Especificidade 0,94 	<ul style="list-style-type: none"> • Sons articulares nos últimos 30 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • “Clique” de abertura e encerramento ou • “Clique” de abertura ou encerramento • “Clique” em movimento horizontal
Deslocamento do disco com redução com travamento intermitente <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 0,46 • Especificidade 0,97 	<ul style="list-style-type: none"> • Sons articulares nos últimos 30 dias • Travamento intermitente com limitação da abertura 	<ul style="list-style-type: none"> • Igual a deslocamento do disco com redução
Deslocamento do disco sem redução com limitação da abertura <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 0,80 • Especificidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Travamento mandibular com limitação da abertura • Limitação severa o suficiente para interferir com a 	<ul style="list-style-type: none"> • Abertura passiva inferior a 40 mm

0,97	capacidade de alimentação	
Deslocamento do disco sem redução sem limitação da abertura <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 0,54 • Especificidade 0,79 	<ul style="list-style-type: none"> • Travamento mandibular com limitação da abertura • Limitação severa o suficiente para interferir com a capacidade de alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> • Abertura passiva igual ou superior a 40 mm
Doença articular degenerativa <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 0,49 • Especificidade 0,86 	<ul style="list-style-type: none"> • Sons articulares nos últimos 30 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Crepitação detectada pelo examinador durante o movimento mandibular
Dislocation <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 0,98 • Especificidade 1,00 	<ul style="list-style-type: none"> • Travamento mandibular na posição de abertura máxima • Incapaz de encerrar a mandíbula sem uma manobra específica 	Quando presente na clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de encerrar a mandíbula sem manobra específica por parte do examinador ou do próprio paciente

(Ohrbach *et al*, 2011)

4.3.1.3 Cefaleia

A cefaleia derivada de DTM é incluída como uma nova condição como está descrito na *International Classification of Headache Disorders II*.

Grupo III: Cefaleias		
Patologia	História	Exame
Cefaleia atribuída a DTM <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade 0,83 • Especificidade 0,86 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor miofascial, dor miofascial referida ou artralgia • Cefaleia que não se enquadra noutro diagnóstico relativo a cefaleias • Pelo menos dois dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desencadear da cefaleia relacionado temporalmente com dor de DTM ➤ Crise de cefaleia relacionada com crise de DTM ➤ Melhoria da cefaleia relacionada com melhoria de DTM ➤ Cefaleia afectada pelo movimento mandibular, função 	

	<p>ou parafunção e dor familiar durante o exame</p> <p>➤ Localização da cefaleia inclui pelo menos o músculo temporal</p>	
--	---	--

(Ohrbach *et al*, 2011)

4.3.2 Eixo II

Três simples instrumentos de rastreio estão incluídos para a detecção de dor relevante do ponto de vista social, psicológico e comportamental. Estes instrumentos serão descritos de seguida e encontram-se em anexo.

O *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4) é um instrumento de rastreio curto, fiável e válido na detecção de stress psicológico no contexto clínico (Kroenke *et al*, 2009). Um resultado ≥ 3 deverá levar a mais observação, enquanto que um resultado ≥ 6 deverá levar a novo inquérito (Kroenke *et al*, 2009).

A *Graded Chronic Pain Scale* (GCPS) é um instrumento curto, fiável e válido que avalia a intensidade da dor e a incapacidade que dela advém (Von Korff *et al*, 1992). As duas subescalas da GCPS são a *Characteristic Pain Intensity* (CPI) que mede a intensidade da dor de forma fiável, sendo 50/100 considerado “alta intensidade” e a classificação dor-incapacidade é baseada no número de dias que a dor interfere com actividade social, trabalho e quotidiano. Elevada dor e elevada interferência, ou moderada a severa incapacidade devem ser interpretadas como incapacidade devido à dor, necessitando maior investigação. Um desenho da cabeça, mandíbula e corpo permite ao paciente identificar o local de todas as queixas dolorosas.

A *Jaw Functional Limitation Scale* (JFLS) é fiável e válida e consiste num pequeno formulário que avalia as limitações globais na mastigação, mobilidade da mandíbula e expressão verbal e emocional (Ohrbach *et al*, 2008). A *Oral Behaviours*

Checklist (OBC) avalia a frequência de comportamentos parafuncionais (Markiewicz *et al*, 2006; Ohrbach *et al*, 2008).

Os restantes instrumentos que serão usados por especialistas ou investigadores de forma a obter uma avaliação psicossocial mais exaustiva seguem as recomendações da *Initiative on Methods, Measurements and Pain Assessment in Clinic Trials* (IMMPACT).

Os instrumentos que constituem o eixo II estão listados na seguinte tabela, e encontram-se em anexo.

Área	Instrumento
Intensidade da dor	<i>Graded Chronic Pain Scale</i>
Localização	Desenho da dor
Função	<i>Graded Chronic Pain Scale</i>
Limitação	<i>Jaw Functional Limitation Scale</i> – Formulário Curto
	<i>Jaw Functional Limitation Scale</i> – Formulário Longo
Stress	<i>Patient Health Questionnaire</i> – 4
	<i>Patient Health Questionnaire</i> – 9
Ansiedade	<i>Generalized Anxiety Disorder</i> – 7
Sintomas Físicos	<i>Patient Health Questionnaire</i> – 15
Parafunção	<i>Oral Behaviours Checklist</i>

(Ohrbach *et al*, 2011)

5. Discussão

O DC/TMD é um protocolo baseado na evidência que pode ser imediatamente implementado na prática clínica e na investigação. Comparando com o RDC/TMD, o DC/TMD é mais fácil de usar bem como contém algoritmos de diagnóstico válidos para as DTMs mais comuns como parte de um sistema de classificação taxonómico mais exaustivo.

Os instrumentos do eixo II avaliam a intensidade da dor, a frequência e duração bem como a função geral, função mandibular, stress psicológico e factores potencialmente contribuidores de parafunção e dor generalizada.

De seguida serão discutidos em maior detalhe diversas alterações do DC/TMD face ao RDC/TMD.

Alterações à história e exame

O critério para um paciente que relate alteração da dor pela função mandibular, movimento ou parafunção é agora um requisito para todos os diagnósticos de DTM associada a dor, o que é uma característica partilhada com outras dores musculoesqueléticas (Solberg *et al*, 1986; Green *et al*, 2009). A alteração da dor é particularmente importante no caso de diagnóstico diferencial em que possam estar presentes condições co-mórbidas, especialmente outras condições de dor mediada pelo trigémio.

A provocação de “dor familiar” provou ser útil na avaliação de outras condições ortopédicas e dolorosas (Schwarzer *et al*, 1994; Kokkonen *et al*, 2002). O princípio é o de que o clínico precisa de provocar a queixa dolorosa do paciente para uma resposta positiva de forma que seja clinicamente significativa. Uma queixa de “dor familiar” por parte do paciente é necessária com dor provocada pelo movimento mandibular e/ou palpação para o diagnóstico de artralgia ou dor miofascial. A “dor familiar” é uma dor que igual ou semelhante à dor que o paciente tem vindo a sentir. Este critério minimiza os falsos positivos de testes que provoquem dor em pacientes que sejam assintomáticos.

Para ambos os diagnósticos de dor miofascial, a palpação de apenas os músculos temporal e masséter é necessária. A palpação do tendão do temporal, pterigoideu lateral,

região submandibular e região mandibular posterior foi eliminada devido à sua fraca fiabilidade (Conti *et al*, 2008). Pela mesma razão, a palpação posterior da ATM através do canal auditivo externo também foi eliminada.

Na doença articular degenerativa, dado que os sons articulares são difíceis de detectar, foi incluída a orientação do clínico no exame quando o paciente se queixa de crepitação, o que aumentou significativamente a precisão do diagnóstico (Schiffman *et al*, 2010). A distinção entre o crepitar grosseiro e ligeiro foi abandonada dado que estes sons não são distinguíveis de forma fiável, bem como a sua distinção não contribui para a validade do diagnóstico de doença articular degenerativa.

Alterações aos diagnósticos associados a dor

O diagnóstico de dor miofascial sem limitação da abertura tem pouca utilidade clínica e foi por isso eliminado. No entanto, a dor miofascial mantém dois sub-diagnósticos: dor miofascial e dor miofascial referida. A dor referida tem utilidade clínica nos diagnósticos diferenciais que contemplem a identificação de dor noutras localizações anatómicas, incluindo dor referida para os dentes e que tem origem muscular (Simons *et al*, 1999).

A cefaleia atribuída a DTM é uma nova categoria do eixo I. A cefaleia tensional e a cefaleia têm sido associadas a DTM (Silva *et al*, 2010; Ciancaglini *et al*, 2001), em particular a cefaleia tensional que partilha diversos sintomas com a DTM (Ballegaard *et al*, 2008; Ciancaglini *et al*, 2011; Svensson *et al*, 2007), apesar de isto não implicar mecanismos patofisiológicos idênticos (Svensson *et al*, 2007). Alguns pacientes experienciam um aumento de cefaleias após provocação do sistema mastigatório, incluindo apertamento dentário (Glaros *et al*, 2007). Estudos longitudinais demonstraram que o desenvolvimento de DTM era acompanhado por um aumento de cefaleias e que a presença de DTM à partida previa o aparecimento de cefaleia (Lim *et al*, 2010; Marklund *et al*, 2010). Para além disto, o tratamento do sistema mastigatório também tem sido associado a um decréscimo de cefaleias, o que sugere que algumas cefaleias possam ser secundárias a DTM (Ekberg *et al*, 2002; Ekberg *et al*, 2006).

Alterações no diagnóstico de disfunção articular

O diagnóstico de deslocamento do disco com redução com limitação da abertura intermitente foi adicionado. Esta é uma condição comum que pode requerer tratamento.

Os baixos valores de sensibilidade para os algoritmos de diagnóstico de deslocamento do disco e doença articular degenerativa sugerem que sejam utilizados para diagnósticos provisórios. Exames imagiológicos como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são requeridos para o diagnóstico definitivo de deslocamentos de disco e doença articular degenerativa. A exceção é o deslocamento do disco sem redução e com limitação da abertura que demonstra uma boa validade do diagnóstico sem recurso a exames imagiológicos (sensibilidade 0,80 e especificidade 0,97).

Alterações na classificação de DTM menos comuns

Os critérios de diagnóstico para as DTM menos comuns foram derivados das *guidelines* da AAOP, no entanto, como estes critérios ainda não foram avaliados para a sua precisão, o seu uso clínico deverá ser acompanhado de especial cuidado. As decisões de tratamento baseadas nestes diagnósticos deverão ser tomadas com um especial consideração por todos os riscos e benefícios associados ao plano de tratamento daí resultante.

Alterações na nomenclatura

Dado que os termos osteoartrose e osteoartrite não têm sido usados consistentemente em medicina, estes foram substituídos pela designação doença articular degenerativa. Quando dor ocorre simultaneamente com a doença articular degenerativa, o diagnóstico adicional de artralgia é utilizado, o mesmo se passando nos casos de deslocamento de disco.

Alterações ao eixo II

Os domínios primários do eixo II do RDC/TMD foram mantidos mas são agora mensurados de forma mais eficiente. Aspectos que relacionem o comportamento com o eixo I e que sejam de utilidade directa ao médico dentista foram adicionados.

Aplicação clínica do DC/TMD

Ao utilizar o DC/TMD, outras patologias orofaciais, incluindo patologias de origem odontogénica terão de ser excluídas previamente. Uma condição que apresente inchaço, rubor e vermelhidão, ou deficiências sensoriais ou motoras deverão ser motivo de suspeita, dado não serem sinais típicos de DTM.

O protocolo do DC/TMD abrange as formas mais comuns de patologias incluídas no eixo I e os factores contribuidores do eixo II.

Os instrumentos do eixo II (PHQ-4, GCPS) consistem de 11 questões e um desenho da dor e são práticos para o clínico e o paciente, sendo o seu uso indicado quando após a triagem indica uma condição de dor primária.

No geral, os instrumentos do eixo II identificam possíveis barreiras à resposta ao tratamento, factores contribuidores para cronicidade e alvos para futura intervenção. Achados positivos nestes instrumentos podem requerer uma avaliação mais aprofundada através dos restantes instrumentos de avaliação mais exaustiva do eixo II, ou o envio do paciente para o médico especialista.

A *Oral Behaviours Checklist* avalia a presença de hábitos parafuncionais que são uma fonte de trauma para o sistema mastigatório. Da mesma forma, a *Jaw Functional Limitation Scale* pode ser usada para identificar limitações funcionais associadas à mandíbula que possam estar presentes em qualquer paciente.

Verificou-se uma mudança de paradigma, passando-se de uma avaliação baseada no clínico para uma avaliação baseada no que o paciente relata. Isto é, os pacientes querem que a forma como experienciam a sua condição seja mais central. Como exemplo, a limitação de abertura tem sido tradicionalmente avaliada usando um limite de 40 mm. Uma alternativa é perguntar ao paciente se ele sente efectivamente algum tipo de limitação na sua abertura independentemente deste limite pré-definido. É assim considerado que o que o paciente sente é aquilo que realmente tem que se ter em conta.

6. Conclusão

O DC/TMD é um protocolo que resulta da evolução daquele que já era o protocolo mais usado no diagnóstico de DTM, o RDC/TMD, permitindo uma linguagem comum para o clínico e o investigador.

Verificou-se no contexto do eixo I que este representa uma evolução significativa face ao RDC/TMD, notabilizando-se uma alteração significativa quer ao nível dos critérios de diagnóstico quer ao nível da própria nomenclatura de DTM. No entanto, apesar de os dados indicarem a necessidade do recurso a meios imagiológicos para um diagnóstico definitivo na disfunção articular, os meios imagiológicos não deverão ser usados por rotina, mas sim apenas quando são considerados necessários para determinado paciente ou projecto de investigação.

Relativamente ao eixo II, apesar de as bases do RDC/TMD permanecerem, este foi melhorado e apresenta agora um maior número de instrumentos que permitem que este seja usado de forma mais eficiente. Para um diagnóstico no contexto da prática clínica comum, o eixo II contém instrumentos mais curtos e simples que permitem ao clínico um método fácil de avaliação da intensidade da dor, stress psicológico e incapacidade associada à dor. Caso seja necessária uma avaliação mais exaustiva, como por exemplo no contexto de investigação, o eixo II contém agora instrumentos que permitem fazê-lo.

O DC/TMD é assim um passo necessário na direcção do objectivo final que é o desenvolver de um mecanismo que direcione o clínico de forma precisa na elaboração do plano de tratamento dos seus pacientes com DTM.

7. Bibliografia

1. Anderson GC, Gonzalez YM, Ohrbach R, et al. The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. VI: Future directions. *J Orofac Pain*. 2010;24:79-88.
2. Ballegaard V, Thede-Schmidt-Hansen P, Svensson P, Jensen R. Are headache and temporomandibular disorders related? A blinded study. *Cephalalgia*. 2008;28:832-41.
3. Ciancaglini R, Radaelli G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. *J Dent*. 2001;29:93-8.
4. Conti PC, Dos Santos Silva R, Rossetti LM, De Oliveira Ferreira Da Silva, R., Do Valle AL, Gelmini M. Palpation of the lateral pterygoid area in the myofascial pain diagnosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008;105:e61-6.
5. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Review criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord*. 1992;6:301-55.
6. Ekberg E, Vallon D, Nilner M. Treatment outcome of headache after occlusal appliance therapy in a randomised controlled trial among patients with temporomandibular disorders of mainly arthrogenous origin. *Swed Dent J*. 2002;26:115-24.
7. Ekberg EC, Nilner M. Treatment outcome of short- and long-term appliance therapy in patients with TMD of myogenous origin and tension-type headache. *J Oral Rehabil*. 2006;33:713-21.
8. Glaros AG, Urban D, Locke J. Headache and temporomandibular disorders: Evidence for diagnostic and behavioural overlap. *Cephalalgia*. 2007;27:542-9.
9. Greene CS. Validity of the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders axis I in clinical and research settings. *J Orofac Pain*. 2009;23:20-3.
10. John MT, Dworkin SF, Mancl LA. Reliability of clinical temporomandibular disorder diagnoses. *Pain*. 2005;118:61-9.
11. Kokkonen SM, Kurunlahti M, Tervonen O, Ilkko E, Vanharanta H. Endplate degeneration observed on magnetic resonance imaging of the lumbar spine:

- Correlation with pain provocation and disc changes observed on computed tomography diskography. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27:2274-8.
12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50:613-21.
 13. LeResche, L., et al. (1991). "An epidemiologic evaluation of two diagnostic classification schemes for temporomandibular disorders." *J Prosthet Dent* 65(1): 131-137.
 14. Lim PF, Smith S, Bhalang K, Slade GD, Maixner W. Development of temporomandibular disorders is associated with greater bodily pain experience. *Clin J Pain*. 2010;26:116-20.
 15. Look JO, John MT, Tai F, et al. The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. II: Reliability of axis I diagnoses and selected clinical measures. *J Orofac Pain*. 2010;24:25-34.
 16. Markiewicz MR, Ohrbach R, McCall WD,Jr. Oral behaviors checklist: Reliability of performance in targeted waking-state behaviors. *J Orofac Pain*. 2006;20:306-16.
 17. Marklund S, Wiesinger B, Wanman A. Reciprocal influence on the incidence of symptoms in trigeminally and spinally innervated areas. *Eur J Pain*. 2010;14:366-71.
 18. Mello, F. G., *Probabilidades e Estatística – Conceitos e Métodos Fundamentais*. Escolar Editora, Agosto 1993
 19. Ohrbach R, Granger C, List T, Dworkin S. Preliminary development and validation of the jaw functional limitation scale. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008;36:228-36.
 20. Ohrbach R, Larsson P, List T. The jaw functional limitation scale: Development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. *J Orofac Pain*. 2008;22:219-30.
 21. Ohrbach R, Markiewicz MR, McCall WD,Jr. Waking-state oral parafunctional behaviors: Specificity and validity as assessed by electromyography. *Eur J Oral Sci*. 2008;116:438-44.
 22. Ohrbach R, Turner JA, Sherman JJ, et al. The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. IV: Evaluation of psychometric properties of the axis II measures. *J Orofac Pain*. 2010;24:48-62.

23. Ohrbach R, Schiffman EL, Truelove EL, et al. International Consensus Workshop: RDC/TMD version 2. San Diego. 2011
24. Osterweis M, Kleinman A, Mechanic D, Institute of Medicine . Committee on Pain, Disability, and Chronic Illness Behavior. Pain and Disability : Clinical, Behavioral, and Public Policy Perspectives. Washington, D.C.: National Academy Press; 1987:306.
25. Schiffman EL, Ohrbach R, Truelove EL, et al. The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. V: Methods used to establish and validate revised axis I diagnostic algorithms. J Orofac Pain. 2010;24:63-78.
26. Schiffman EL, Truelove EL, Ohrbach R, et al. The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. I: Overview and methodology for assessment of validity. J Orofac Pain. 2010;24:7-24.
27. Schwarzer AC, Derby R, Aprill CN, Fortin J, Kine G, Bogduk N. The value of the provocation response in lumbar zygapophyseal joint injections. Clin J Pain. 1994;10:309-13.
28. Silva A,Jr, Costa EC, Gomes JB, et al. Chronic headache and comorbibities: A two-phase, population-based, cross-sectional study. Headache. 2010;50:1306-12.
29. Simons DG, Travell JG, Simons LS, Travell JG. Travell & Simons' Myofascial Pain and Dysfunction : The Trigger Point Manual. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
30. Solberg WK. Temporomandibular disorders: Data collection and examination. Br Dent J. 1986;160:317-22.
31. Svensson P. Muscle pain in the head: Overlap between temporomandibular disorders and tension-type headaches. Curr Opin Neurol. 2007;20:320-5.
32. Truelove E, Pan W, Look JO, et al. The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. III: Validity of axis I diagnoses. J Orofac Pain. 2010;24:35-47
33. Turk, D. C. and T. E. Rudy (1987). "Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients." Behav Res Ther 25(4): 237-249.
34. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. Pain. 1992;50:133-49.

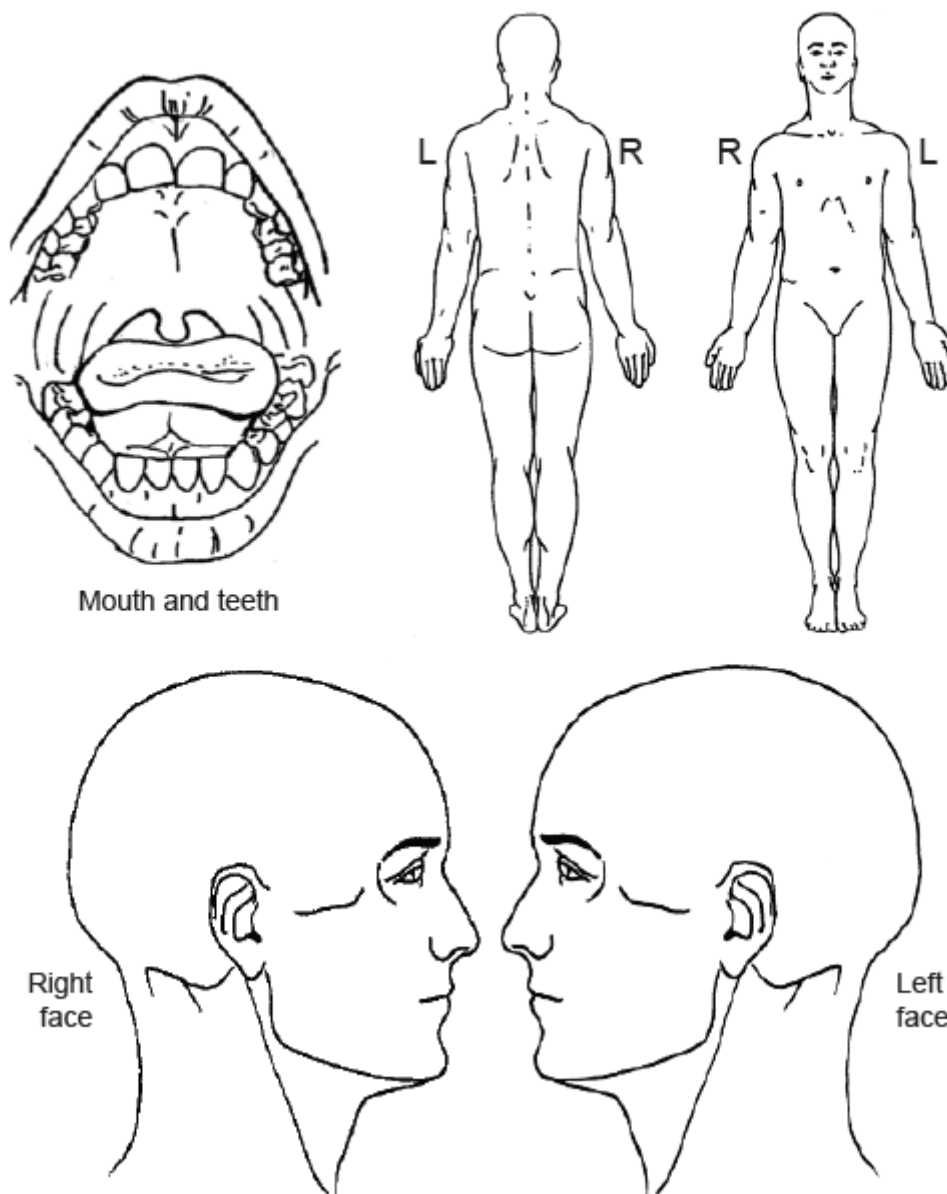
Sites da internet:

- <http://ihs-classification.org/de/>
- <http://www.immpact.org/>
- <http://www.rdc-tmdinternational.org>

8. Anexos

PAIN DRAWING

Indicate the location of ALL of your different pains by shading in the area, using the diagrams that are most relevant. If there is an exact spot where the pain is located, indicate with a solid dot (•). If your pain moves from one location to another, use arrows to show the path.



Patient Health Questionnaire - 4

Patient name _____ Date _____

Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? Read each item carefully, and place a check mark in the box.

	Not at all 0	Several days 1	More than half the days 2	Nearly every day 3
1. Little interest or pleasure in doing things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Feeling down, depressed, or hopeless	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Feeling nervous, anxious or on edge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Not being able to stop or control worrying	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL SCORE =				

If you checked off <u>any</u> problems, how difficulty have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?			
Not difficult at all <input type="checkbox"/>	Somewhat difficult <input type="checkbox"/>	Very difficult <input type="checkbox"/>	Extremely difficult <input type="checkbox"/>

Patient Health Questionnaire - 9

Patient name _____ Date _____

Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? Read each item carefully, and place a check mark in the box.

	Not at all 0	Several days 1	More than half the days 2	Nearly every day 3
1. Little interest or pleasure in doing things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Feeling down, depressed, or hopeless	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trouble falling asleep, staying asleep, or sleeping too much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Feeling tired or having little energy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Poor appetite or overeating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Feeling bad about yourself, feeling that you are a failure, or feeling that you have let yourself or your family down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trouble concentrating on things such as reading the newspaper or watching television	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Thinking that you would be better off dead or that you want to hurt yourself in some way	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL SCORE = _____

If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all <input type="checkbox"/>	Somewhat difficult <input type="checkbox"/>	Very difficult <input type="checkbox"/>	Extremely difficult <input type="checkbox"/>
---	---	---	--

Patient Health Questionnaire - 15 Somatic Symptom Severity Scale

During the past 4 weeks, how much have you have been bothered by any of the following problems?

	Not bothered at all	Bothered a little	Bothered a lot
	0	1	2
1. Stomach pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pain in your arms, legs, or joints (knees, hips, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Menstrual cramps or other problems with your periods [women only]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Chest pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fainting spells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Feeling your heart pound or race	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Shortness of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pain or problems during sexual intercourse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Constipation, loose bowels, or diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nausea, gas, or indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Feeling tired or having low energy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Trouble sleeping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL SCORE =			

Graded Chronic Pain

1. Rate your facial pain according to the scale below: ranging from 0, which represents "no pain", to 10, which represents "pain as bad as could be":

- A. How would you rate your facial pain on a 0 to 10 scale at the present time, that is right now, where 0 is "no pain" and 10 is "pain as bad as could be"?

No pain											Pain as bad as could be
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- B. In the PAST MONTH, on the AVERAGE, how intense was your pain? (That is, your usual pain at times you were experiencing pain.)

No pain											Pain as bad as could be
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- C. In the PAST MONTH, how intense was your WORST pain?

No pain											Pain as bad as could be
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

-
2. A. On about how many days have you had face or jaw pain in the PAST MONTH? _____ Days
- B. About how many days in the PAST MONTH have you been kept from your usual activities (work, school, or housework) because of facial pain? _____ Days
-

3. Rate the level of interference that you have experienced from your facial pain, ranging from 0 to 10 where 0 is "no interference: and 10 is "unable to carry on any activities".

- A. In the PAST MONTH, how much has facial pain interfered with your daily activities?

No interference											Unable to carry on any activities
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- B. In the PAST MONTH, how much has facial pain interfered with your ability to take part in recreational, social, and family activities?

No interference											Unable to carry on any activities
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- C. In the PAST MONTH, how much has facial pain interfered with your ability to work (including housework)?

No interference											Unable to carry on any activities
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

GAD - 7

Patient name _____ Date _____

Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? Read each item carefully, and place a check mark in the box.

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
	0	1	2	3
1. Feeling nervous, anxious or on edge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Not being able to stop or control worrying	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Worrying too much about different things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Trouble relaxing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Being so restless that its hard to sit still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Becoming easily annoyed or irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Feeling afraid as if something awful might happen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL SCORE = _____

If you checked off <u>any</u> problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?			
Not difficult at all <input type="checkbox"/>	Somewhat difficult <input type="checkbox"/>	Very difficult <input type="checkbox"/>	Extremely difficult <input type="checkbox"/>

Jaw Functional Limitation Scale

For each of the items below, please indicate the level of limitation during the last month. If the activity has been completely avoided because it is too difficult, then circle '10'. If you avoid an activity for reasons other than pain or difficulty, leave the item blank.

	No limitation										Severe Limitation
1. Chew tough food	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Chew chicken (e.g., prepared in oven)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Eat soft food requiring no chewing (e.g., mashed potatoes, apple sauce, pudding, pureed food)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Open wide enough to drink from a cup	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Swallow	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Yawn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Talk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Smile	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Jaw Functional Limitation Scale

For each of the items below, please indicate the level of limitation **during the last month**. If the activity has been completely avoided because it is too difficult, then circle '10'. If you avoid an activity for reasons other than pain or difficulty, leave the item blank.

	No limitation										Severe Limitation
1. Chew tough food	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Chew hard bread	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Chew chicken (e.g., prepared in oven)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Chew crackers	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Chew soft food (e.g., macaroni, canned or soft fruits, cooked vegetables, fish)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Eat soft food requiring no chewing (e.g., mashed potatoes, apple sauce, pudding, pureed food)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Open wide enough to bite from a whole apple	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Open wide enough to bite into a sandwich	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Open wide enough to talk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Open wide enough to drink from a cup	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Swallow	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Yawn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Talk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Sing	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Putting on a happy face	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Putting on an angry face	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Frown	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Kiss	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Smile	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Laugh	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

The Oral Behavior Checklist

How often do you do each of the following activities, based on the last month? If the frequency of the activity varies, choose the higher option. Please place a (✓) response for each item and do not skip any items.

Activities During Sleep		None of the time	< 1 Night /Month	1-3 Nights /Month	1-3 Nights /Week	4-7 Nights/ Week
1	Clench or grind teeth when asleep, based on any information you may have.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sleep in a position that puts pressure on the jaw (for example, on stomach, on the side).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activities During Waking Hours		None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
3	Grind teeth together during waking hours.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Clench teeth together during waking hours.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Press, touch, or hold teeth together other than while eating (that is, contact between upper and lower teeth).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Hold, tighten, or tense muscles without clenching or bringing teeth together.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Hold or jut jaw forward or to the side.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Press tongue forcibly against teeth.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Place tongue between teeth.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bite, chew, or play with your tongue, cheeks or lips.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Hold jaw in rigid or tense position, such as to brace or protect the jaw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Hold between the teeth or bite objects such as hair, pipe, pencil, pens, fingers, fingernails, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Use chewing gum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Play musical instrument that involves use of mouth or jaw (for example, woodwind, brass, string instruments).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Lean with your hand on the jaw, such as cupping or resting the chin in the hand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Chew food on one side only.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Eating between meals (that is, food that requires chewing).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Sustained talking (for example, teaching, sales, customer service).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Singing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Yawning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Hold telephone between your head and shoulders.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>